

ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО
КАФЕДРА РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ
ДП «КОМІТЕТ З ПИТАНЬ НАРОДНОЇ І НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ МОЗ УКРАЇНИ»

МАТЕРІАЛИ

Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю:

**«Стратегія і тактика використання
немедикаментозних методів терапії
в лікарській практиці відновної медицини»**

м. Трускавець, 11-12 квітня 2013 року

*Конференція внесена до
«Ресстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та
науково-практичних конференцій, які проводяться у 2013 році»
МОЗ та НАМН України, за № 39.*

Трускавець
2013

ГІРУДОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОЇ НЕВРОПАТІЇ ЛИЦЬОВОГО НЕРВУ

І.І. Кричун, О.Д. Хоменко

*Буковинський державний медичний університет
Чернівецька обласна психіатрична лікарня*

Друге місце по частоті серед захворювань периферичної нервової системи займає невропатія лицьового нерву (НЛН). Це розповсюджене поліетіологічне захворювання справляє сильну психотравмуючу дію на хворого в зв'язку з косметичним дефектом, в деяких випадках сприймається як катастрофа всього життя і, окрім того ще може призвести до втрати зору внаслідок висихання слизової ока та приєднання вторинної інфекції. За даними різних авторів, у 8% - 18% хворих на НЛН залишається грубий дефект обличчя за рахунок глибокого парезу м'язів, у 7-32% розвивається постневритична контрактура. Тому патогенетично правильно побудоване лікування хворого в гострій стадії невропатії є запорукою не тільки відновлення функції уражених м'язів, але і попередження можливих ускладнень (контрактур, патологічних синкінезів та ін.).

Метою нашого дослідження було виявлення ефективності гірудотерапії в комплексному лікуванні НЛН різного генезу. Вибір саме цього методу ґрунтувався на тому, що гірудотерапія справляє антикоагулянтну, тромболітичну, лімфогенну, болезаспокійливу, протизапальну та судиннорозширюючу дію. Кожна з перерахованих властивостей гірудотерапії потрібна в лікуванні НЛН, так як на сьогодні патогенез всіх НЛН різної етіології (ішемічних, інфекційних та ін.) рахується однотипним (концепція пльорикаузалізма) і полягає в тому, що той чи інший етіологічний фактор викликає порушення судинного тонуусу з нахилом до вазоспазмів в системі зовнішньої або хребцевої артерії, гілки яких приймають участь у кровообезпеченні лицьового нерву. Спазми ведуть до ішемії стовбура нерву з його набуханням. Набухання стовбура лицьового нерву приводить до його пошкодження у вузькому кістковому каналі (особливо при вроджених його дефектах), так як стовбур лицьового нерва займає до 70% діаметру фаллопієвого каналу, а це призводить до вторинних ішемічних розладів. При цьому якщо ще враховувати наявність великої кількості венозних сплетень в периневрії лицьового нерву, то стає зрозумілим патогенетична обґрунтованість гірудотерапії.

Методи. Під спостереженням знаходилось 36 хворих (12 чоловіків та 24 жінки) у віці 20-66 років з невропатією лицьового нерву в гострому періоді. Хворі були поділені на 2 групи: 1-й групі (15 хворих) проводили традиційне лікування основою якого були екстрена медикаментозна декомпресія лицьового нерва (преднізолон, лазікс) і відновлення мікроциркуляції в його стовбурі (нікотинова кислота, трентал і тому подібні засоби). Другій групі хворих (21 хворих) до базового лікування підключали гірудотерапію за наступною схемою: по 2 п'явки на соскоподібний відросток через день протягом 7 днів.

Ефективність лікування оцінювали по ступеню відновлення рухів м'язів та за даними електроміографії (ЕМГ) кругового м'яза ока.

Результати та обговорення. Клінічна картина захворювання складалась з симптомів порушення функцій м'язів: асиметрія обличчя, лагофталм, симптом Белла, зниження орбікулярного рефлексу (досліджували по Вартенбергу (1964)) та відсутність вібрації повік (тест вібрації повік) на пошкодженій стороні, орбікулярний симптом Ревію, опущення кута рота, асиметрія оскалу зубів, рідше зустрічались симптом Брікнера, симптом Марі-Фуа, симптом Монрада-Крона, завжди спостерігалось випа-

діяння або зниження рогівкового рефлексу, в деяких випадках були відмічені легкі порушення чутливості в заушній ділянці або на обличчі (у 4 хворих). У 28 (77,7%) хворих було діагностовано пошкодження лицевого нерву на рівні виходу його з шило-сосковидного відростку з „чистим” парезом мимічних м'язів без ознак пошкодження проміжного нерву, у 5 хворих пошкодження лицевого нерву відбулось в каналі лицевого нерву вище відходження барабанної струни, у 3 хворих відмічалась гіперакузія, що свідчило про ураження нерва в фаллопієвому каналі вище відходження n.stapedius.

При електроміографії відмічалось зниження амплітуд осциляцій при максимальному скороченні колових м'язів ока – від помірного при легких прозопарезах до повного біоелектричного мовчання при важких пошкодженнях лицевого нерву. Латентний час збудження лицевого нерву складав $4,5 \pm 0,4$ мс при прозопарезах легкого ступеня і від $6,0 \pm 0,3$ до 0 мс при важких прозоплегіях.

Слід відмітити, що при ідіопатичних та ішемічних пошкодженнях спостерігались парези середньої ступеня важкості, а інфекційні частіше були важкими.

Відновлення функції нерву в обстежених хворих спостерігалось з 1-8 тижня лікування. Повне видужання було зареєстровано у 28 (77,7%) хворих, у інших за період спостереження відбулось неповне відновлення функції мимічних м'язів, особливо в нижній частині обличчя.

В обстежених групах хворі відрізнялись по віку, по ступеню прозопарезу, по його етіології та по багатьом іншим факторам (аномалії фаллопієвого каналу, підвищена пневматизація пірамідки скроневої кістки, тощо), які могли впливати на швидкість відновлення функції лицевого нерву, і тому чітко провести порівняння ефективності гірудотерапії в обстежених групах було практично неможливо. Але в середньому порівнюючи швидкість відновлення функції нерву, в групі хворих, яка отримувала гірудотерапію відновлення функції нерву відмічалось вже на 5-6 день лікування, а в групі хворих з традиційним лікуванням – на 9-12 день в залежності від вираженості прозопарезу. Особливо чутливим виявився тест вібрації повік ще до видимого локомоторного ефекту. Показники електроміографії кругового м'язу ока в цілому підтверджували результати клінічних спостережень та тестів і позитивна динаміка показників ЕМГ (підвищення амплітуди осциляцій та зменшення латентного періоду збудження) відбувались в середньому скоріше в групі хворих, яким проводилась гірудотерапія.

Висновки. Таким чином, включення легкодоступного практично без ускладнень методу гірудотерапії в комплекс лікувальних заходів при невротіях лицевого нерву різного генезу є патогенетично обґрунтовано, а результати проведених досліджень підтвердили його високу клінічну ефективність.

РОЛЬ ОВАРІАЛЬНОГО СТАТУСУ У ХАРАКТЕРІ ВПЛИВУ БІОАКТИВНОЇ ВОДИ НАФТУСЯ НА РІВЕНЬ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ У ЖІНОК

Ю.З. Крутлій
ЗАТ ЛОО „Трускавецькурорт”

З-поміж 144 обстежених жінок з хронічною ендокринно-гінекологічною патологією, котрі перебували на курорт Трускавець, у 39 виявлено схонегативні кисти яйників, у 19 - ехопозитивні, у 86 жінок яйники були без ехоутворень, проте лише у 21 з них співвідношення об'ємів правий/лівий знаходилось в діапазоні норми ($1,3 \div 1,5$), у 55